

VACUNA CONTRA LA INFLUENZA 2014-2015 REVISION MEDICA & PERMISO PARA VACUNAR

NPI:
School Name:

Nombre Completo:	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:	Pueblo/Ciudad:	Código Postal:	Teléfono de Día:
Grado:	Profesor/a:	Unidad Administrativa de la Escuela (Distrito)	

Por favor responda a las siguientes preguntas acerca de la persona mencionada en la parte de arriba. Puede escribir comentarios en la parte de atrás de este formulario.

	SI	NO
1) ¿Esta persona tiene algún tipo de alergia severa (con peligro de muerte) a los huevos?		
2) ¿Alguna vez en el pasado esta persona ha tenido una reacción severa a la vacuna contra la influenza?		
3) ¿Esta persona alguna vez ha tenido el Síndrome de Guillain-Barré?		

Si usted contestó que "sí" a alguna de las preguntas de 1 a 3, por favor contacte con su médico respecto a la vacuna contra la gripe.

4) ¿En las últimas 4 semanas, esta persona ha recibido alguna otra vacuna, o no se está sintiendo bien? Si la respuesta es "sí", Tipo de vacuna _____ Fecha _____		
5) ¿Esta persona tiene problemas de salud a largo plazo, alergias, asma, problemas respiratorios, o está en tratamiento a largo plazo con aspirina?		
6) ¿Esta persona tiene un sistema inmunológico débil, o ha estado en contacto cercano con una persona con un sistema inmunológico débil? Explicar:		
7) ¿Esta persona está embarazada o podría estarlo?		

Si usted contestó que "sí" a alguna de las preguntas de 4 a 7, esta persona no puede recibir la vacuna intranasal contra la gripe.

8) ¿Esta persona es un Nativo de América del Norte o un Nativo de Alaska?		
9) ¿Esta persona no tiene seguro médico?		
10) ¿Esta persona tiene seguro con MaineCare (Medicaid)? Número ID MaineCare: _____		

11) Compañía de Seguro: Nombre de la Compañía: _____
 Número de ID: _____ Número de Grupo: _____
 Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

12) Nombre del Doctor: _____ Número de teléfono: _____

PERMISO PARA VACUNAR

- Me entregaron una copia del Documento de Información sobre la Vacuna contra la Influenza para el año 2014-2015, lo he leído o me lo han explicado, y entiendo los beneficios y riesgos de dicha vacuna.
- Doy permiso para que se guarden los datos de esta vacuna en el Registro del ImmPact.
- Doy permiso a que se use esta información para cobrarle a MaineCare o a la empresa de seguro privada el costo de esta vacuna.
- Doy permiso para que esta persona reciba la vacuna más apropiada, tal como lo ha determinado el personal médico de la clínica.
- Si mi hijo/a se rehusa a recibir la inyección y no presenta ninguna de las condiciones enumeradas entre los # 4 y 7, le doy a usted mi permiso de ponerle la vacuna antigripal por aerosol nasal.
- **Por medio de mi firma doy permiso a que le pongan la vacuna contra la gripe a la persona cuyo nombre aparece arriba.**

X _____ Fecha: _____

Firma del padre o guardián si la persona siendo vacunada es menor de edad o Firma del adulto que será vacunado

Nombre en letras de molde del padre/guardián o adulto que será vacunado _____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE/FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi dose <input type="checkbox"/> Intranasal	